



Versicherungsbedingungen für die Private Pflege-Zusatzversicherung (PZV)/UNISEX der DFV Deutsche Familienversicherung AG

In der Fassung PZV-UNISEX 01-12 Stand: Januar 2012

- Diese Versicherungsbedingungen konkretisieren den mit Ihnen abgeschlossenen Versicherungsvertrag über eine private Pflegezusatzversicherung (PZV) in dem Umfang, wie er sich aus dem Versicherungsschein ergibt.
- Um diese Versicherungsbedingungen sprachlich verständlich abzufassen, werden Sie direkt angesprochen. Mit der Anrede „Sie“ oder „Ihnen“ ist, soweit nichts anderes bestimmt ist, der Versicherungsnehmer gleichzeitig auch als versicherte Person, mit „wir“ oder „uns“ die DFV Deutsche Familienversicherung gemeint.
- Bitte beachten Sie, dass wir aus Gründen der Übersichtlichkeit auf die Wiederholung von gesetzlichen Vorgaben, die neben diesen Bedingungen ergänzend Anwendung finden, verzichtet haben. Informationen zu den wichtigsten gesetzlichen Bestimmungen finden Sie in den weiteren Vertragsunterlagen (Kundeninformation, Produktinformationsblatt und gesonderte Belehrungen).
- Die PZV ist eine private Zusatzversicherung, die nicht die soziale oder private Pflegeversicherung (im Folgenden gesetzliche Pflegepflichtversicherung) ganz oder teilweise ersetzt, sondern diese ergänzt.
- 1. Wer ist versicherbar und wer ist versichert?**
- 1.1 Versicherbar sind nur Personen, die über eine bestehende gesetzliche Pflegepflichtversicherung bei einer gesetzlichen Krankenkasse oder einem privaten Krankenversicherer verfügen.
- 1.2 Sollten Sie nach dem wirksamen Abschluss der PZV in der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung nicht mehr versichert sein, z.B. durch Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes ins Ausland, und Ihre Beiträge für die PZV weiterzahlen, behalten Sie Ihre Ansprüche aus der PZV Nr. 3 dieser Bedingungen bleibt unberührt.
- 1.3 Sie als Versicherungsnehmer sind versicherte Person, soweit Sie die PZV nicht für eine andere Person abgeschlossen haben. Auch in diesem Fall ist dann mit der Anrede „Sie“ auch die versicherte Person gemeint. Sind der Versicherungsnehmer und die versicherte Person nicht identisch oder besteht der Vertrag mit mehreren Versicherungsnehmern, muss sich jeder Versicherungsnehmer Kenntnis und Verhalten der übrigen Versicherungsnehmer und der versicherten Person zurechnen lassen.
- 2. Was ist versichert?**
- Wir leisten im Versicherungsfall das vereinbarte Pflegegeld und sonstige im Versicherungsschein dokumentierte Leistungen gemäß Nrn. 6.
- 2.1 Wann liegt der Versicherungsfall vor?
Versicherungsfall ist der Eintritt und die Feststellung Ihrer Pflegebedürftigkeit gemäß einer bei uns versicherten Pflegestufe während der Vertragslaufzeit.
- 2.2 Was verstehen wir unter Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen?
Pflegebedürftig sind Sie, wenn Sie wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit, Behinderung oder wegen Unfallfolgen für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen und deshalb in eine der Pflegestufen III, II oder I im Sinne des Sozialgesetzbuches (SGB), Elftes Buch (XI), eingestuft werden oder wenn bei Ihnen aufgrund einer demenzbedingten Fähigkeitsstörung, einer geistigen Behinderung oder einer psychischen Erkrankung eine erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz festgestellt wurde.
- 2.3 Was ist unter Krankheiten, Behinderungen und Unfall im Sinne dieser Bedingungen zu verstehen?
Krankheiten oder Behinderungen im Sinne dieser Bedingungen sind Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat, Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane, Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
- 2.4 Was ist unter Demenz zu verstehen?
Demenz ist der Oberbegriff für Erkrankungsbilder, die mit einem Verlust der geistigen Funktionen wie Denken, Erinnern, Orientierung und Verknüpfen von Denkinhalten einhergehen und die dazu führen, dass alltägliche Aktivitäten nicht mehr eigenständig durchgeführt werden können. Dazu zählen die Alzheimer-Demenz und weitere Demenzformen. Der Begriff Demenz ist international im ICD 10 (Internationale Klassifikation der Krankheiten, 10. Revision) einheitlich definiert. Demenz oder ein demenzbedingtes Verhalten bzw. Unterlassen im Sinne dieser Versicherungsbedingungen liegt vor, wenn diese als Ursache für die Einschränkung der Alltagskompetenz durch einen Gutachter gem. Nr. 3 festgestellt wurde.
- 2.5 Was verstehen wir unter gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen?
Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne dieser Bedingungen sind
- im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
 - im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
 - im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
 - im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.
- 2.6 Wann liegt eine erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz vor?
Die Alltagskompetenz ist erheblich eingeschränkt, wenn bei Ihnen gleichzeitig wenigstens in zwei der nachstehenden Bereichen (1) bis (13), davon mindestens einmal aus einem der Bereiche (1) bis (9), dauerhafte und regelmäßige Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen festgestellt wurden.
- (1) unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglaufftenz);
 - (2) Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen;
 - (3) unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen;
 - (4) tätlich oder verbal aggressives Verhalten in Verknennung der Situation;
 - (5) im situativen Kontext inadäquates Verhalten;
 - (6) Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen;
 - (7) Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung;
 - (8) Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben;
 - (9) Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus;
 - (10) Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren;
 - (11) Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen;
 - (12) ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten;
 - (13) zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression.
- 2.7 Welche Pflegestufen gibt es im Rahmen dieser Versicherung?
Wir unterscheiden im Rahmen dieser Versicherung die Pflegestufen III, II, I und 0.
- Pflegestufe III**
Pflegebedürftig gemäß Pflegestufe III sind Sie, wenn Sie bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen (Schwerstpflegebedürftige).
- Pflegestufe II**
Pflegebedürftig gemäß Pflegestufe II sind Sie, wenn Sie bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche



Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen (Schwerpflegebedürftige).

Pflegestufe I

Pflegebedürftig gemäß Pflegestufe I sind Sie, wenn Sie bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen (erheblich Pflegebedürftige).

Pflegestufe 0

Pflegebedürftig gemäß Pflegestufe 0 sind Sie, wenn Sie neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung einen erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung wegen einer festgestellten, demenzbedingten Fähigkeitsstörung, geistigen Behinderung oder psychischen Erkrankung haben, deren Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens bei Ihnen dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz führen.

- 2.8 Was ist unter stationärer, teilstationärer und ambulanter Pflege zu verstehen? Soweit Ihr Versicherungsschutz, insbesondere die Höhe der vereinbarten Pflegegelder nach stationärer oder ambulanter Pflege unterschiedlich ausgestaltet wurden und dies im Versicherungsschein dokumentiert ist, sind stationärer und ambulanter Tarif wie folgt definiert.
- Stationäre Pflege liegt vor, wenn Sie in eine bei uns versicherte Pflegestufe eingestuft wurden und dauerhaft in einer stationären Einrichtung gepflegt werden. Stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) im Sinne dieser Bedingungen sind selbstständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft ganztägig gepflegt, untergebracht und verpflegt werden.
- Die teilstationäre Pflege wird der stationäre Pflege gleichgestellt, wenn Sie in eine bei uns versicherte Pflegestufe eingestuft wurden und mindestens einmal pro Tag für mindestens 12 Stunden in einer stationären Einrichtung gepflegt, untergebracht und verpflegt werden.
- Ambulante Pflege liegt vor, wenn Sie in eine bei uns versicherte Pflegestufe eingestuft wurden und weder stationäre noch teilstationäre Pflegeleistungen im Sinne dieser Bedingungen in Anspruch zu nehmen.
- 3. Durch wen und wie wird der Versicherungsfall festgestellt?**
- 3.1 Der Versicherungsfall wird im Rahmen dieser Versicherung durch uns festgestellt.
- 3.2 Im Rahmen der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung werden die Pflegebedürftigkeit und die erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz durch einen Gutachter des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK oder MEDICPROOF) festgestellt. Auf Grundlage des Ergebnisses des Pflegegutachtens kann Sie Ihre Krankenversicherung in eine der gesetzlichen Pflegestufen einstufen oder die erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz anerkennen. Darüber erhalten Sie von Ihrer Krankenversicherung einen Pflegebescheid.
- 3.3 Bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit und der Einstufung in eine unserer Pflegestufen oder bei der Feststellung der erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz richten wir uns nach dem Ergebnis des Pflegegutachtens und dem Inhalt des Pflegebescheids Ihrer Krankenversicherung. Soweit Sie gemäß Nr. 3.5 nicht vom medizinischen Dienst der Krankenversicherung begutachtet werden konnten, richten wir uns nach dem Gutachten des von uns beauftragten Gutachters und verzichten auf den Bescheid der Krankenkasse.
- 3.4 Soweit die erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz durch den medizinischen Dienst im Pflegegutachten festgestellt wurde, aus dem Pflegebescheid Ihrer Krankenversicherung oder dem Pflegegutachten des medizinischen Dienstes aber die genaue Ursache der erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz nicht eindeutig hervorgeht, behalten wir uns vor, den Feststellungen des medizinischen Dienstes erst dann zu folgen, wenn ein fachärztliches Gutachten die genaue Ursache bestätigt. Die durch das Einholen des fachärztlichen Gutachtens entstehenden Kosten und Aufwendungen werden Ihnen von uns erstattet, soweit die Begutachtung in Deutschland erfolgt ist.
- 3.5 Sollten Sie in dem Zeitpunkt, in dem Sie eine Leistung aus dieser PZV beantragen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland haben oder aus sonstigen Gründen nicht vom medizinischen Dienst der Krankenversicherung begutachtet werden können, werden wir auf Ihren Wunsch einen Gutachter beauftragen, der die Pflegebedürftigkeit oder die erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz nach Maßgabe des Sozialgesetzbuches (SGB), Elftes Buch (XI), feststellt. In diesem Fall erstatten wir nur die Kosten, die auch durch eine Begutachtung des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung in Deutschland angefallen wären. Die Mehrkosten für die Begutachtung durch den von uns beauftragten Gutachter im Ausland haben Sie zu tragen.
- 4. Wann leisten wir?**
Wir leisten, wenn der Versicherungsfall während der Vertragslaufzeit eingetreten ist und frühestens ab dem Tag, an dem dieser gemäß Nr. 3 festgestellt wurde. Soweit der Versicherungsfall eingetreten ist und von uns festgestellt wurde, leisten wir unmittelbar, unverzüglich, spätestens aber innerhalb von 48 Stunden, soweit keine Wartezeiten vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert sind.
- 4.1 Wann leisten wir bei den Pflegestufen III, II oder I?
Soweit Sie die Pflegestufen III, II oder I bei uns versichert haben, leisten wir das für die Pflegestufe und - soweit in unterschiedlicher Höhe vereinbart - für stationäre oder ambulante Pflege vereinbarte Pflegegeld, wenn Sie gemäß Nr. 3 aufgrund der festgestellten Pflegebedürftigkeit in eine der versicherten Pflegestufen III, II oder I eingestuft werden.
- 4.2 Wann leisten wir bei den Pflegestufen III, II oder I und gleichzeitiger Demenz?
Soweit Sie die Pflegestufen III, II oder I mit zusätzlichen Leistungen bei gleichzeitigem Vorliegen von Demenz (Pflegebedürftigkeit und Demenz) bei uns versichert haben, leisten wir das für die Pflegestufe und - soweit in unterschiedlicher Höhe vereinbart - für stationäre oder ambulante Pflege vereinbarte Pflegegeld, wenn Sie gemäß Nr. 3 aufgrund der festgestellten Pflegebedürftigkeit in eine der versicherten Pflegestufen III, II oder I eingestuft werden und zusätzlich eine erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz wegen demenzbedingter Fähigkeitsstörungen festgestellt wird.
- 4.3 Wann leisten wir bei der Pflegestufe 0?
Soweit Sie die Pflegestufe 0 bei uns versichert haben, leisten wir, wenn bei Ihnen eine erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz gemäß Nr. 3 festgestellt worden ist, ohne dass Sie in eine bei uns versicherte Pflegestufe III, II oder I eingestuft werden.
- 5. Bei welchen Versicherungsfällen leisten wir nicht?**
Es gelten die folgenden Leistungsausschlüsse:
- 5.1 Vorvertragliche Versicherungsfälle
Keine Leistungspflicht besteht für Versicherungsfälle, die bereits vor Vertragsschluss eingetreten oder festgestellt wurden. Dies gilt auch dann, wenn die Pflegebedürftigkeit zwar erst nach Vertragsschluss, aber rückwirkend bereits für einen Zeitpunkt vor Vertragsschluss festgestellt wird.
- 5.2 Krieg, Bürgerkrieg
Keine Leistungspflicht besteht für Versicherungsfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse einschließlich der aktiven Teilnahme daran und daraus resultierender posttraumatischer Belastungsstörungen verursacht wurden. Versicherungsschutz besteht jedoch vorübergehend, wenn die versicherte Person auf Reisen (für die Dauer von maximal 90 zusammenhängenden Tagen) im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird. Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des siebten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält. Der Versicherungsschutz besteht jedoch nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits vor oder bei der Einreise Krieg oder Bürgerkrieg herrscht oder Reisewarnungen durch das Auswärtige Amt der Bundesrepublik Deutschland ausgesprochen wurden.
- Die Leistungsausschlüsse gelten nicht, sofern der Versicherungsschutz durch gesonderte Vereinbarung eingeschlossen und dies im Versicherungsschein dokumentiert wurde. Die Angabe oder die Dokumentation einer Berufsbezeichnung im Versicherungsschein oder in sonstigen Vertragsunterlagen gilt nicht als gesonderte Vereinbarung über den Umfang des Versicherungsschutzes.
- 6. Welche Leistungen erbringen wir?**
Wir erbringen nur die Leistungen, die Sie bei uns versichert haben.
- 6.1 Pflegegeld
Das für die versicherte Pflegestufe vereinbarte Pflegegeld zahlen wir im Versicherungsfall monatlich im Voraus an Sie. Soweit Sie mehrere Pflegestufen bei uns versichert haben und der Versicherungsfall eingetreten ist, erbringen wir die für die versicherten Pflegestufen vereinbarten Leistungen nicht nebeneinander. Die Einstufung in eine höher versicherte Pflegestufe schließt Leistungen aus einer niedriger versicherten Pflegestufe aus.
- 6.2 Unterstützungsleistungen
Wir erbringen – soweit sie mit uns vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert wurden – die nachstehenden Unterstützungsleistungen, wenn erstmalig die Voraussetzungen für einen Versicherungsfall in einer versicherten Pflegestufe gegeben sind. Wir leisten folgende Unterstützungsleistungen neben den vereinbarten Leistungen aus der versicherten Pflegestufe:
- eine Sofortunterstützung als Einmalbeitrag;
 - eine Umbaukostenunterstützung als finanziellen Zuschuss zu einem erforderlichen, pflegegerechten Umbau Ihrer Wohnung bzw. Ihres Hauses;
 - eine Erholungskostenunterstützung als finanziellen Zuschuss zu einem Erholungsurlaub einer Sie pflegenden Person;
 - eine Beerdigungskostenunterstützung als finanziellen Zuschuss zu den Ko-



sten für Ihre Beerdigung, sofern der Eintritt des Todes durch Vorlage einer amtlichen, in der Bundesrepublik Deutschland anerkannten Sterbeurkunde nachgewiesen wird.

Mit einer späteren Einstufung in eine höhere versicherte Pflegestufe entsteht kein neuer Anspruch auf eine bereits in Anspruch genommene Unterstützungsleistung.

6.3 Assistancelleistungen

Wir erbringen - soweit sie mit uns vereinbart wurden und im Versicherungsschein dokumentiert - zusätzlich Organisations- und Serviceleistungen sowie die Übernahme bzw. Erstattung ausgewählter, sonstiger Leistungen (Assistancelleistungen). Diese Assistancelleistungen unterliegen besonderen Bedingungen.

7. An wen wir leisten?

7.1 Wir leisten grundsätzlich an Sie. Soweit Versicherungsnehmer und versicherte Person nicht identisch sind, leisten wir auch an den Versicherungsnehmer, soweit nichts anderes mit diesem vereinbart wurde.

7.2 Die Beerdigungskostenunterstützung leisten wir zu gleichen Teilen an die gesetzlichen Erben der versicherten Person. Sie haben aber jederzeit das Recht, andere Personen für den Erhalt der Beerdigungskostenunterstützung zu benennen (Bezugsberechtigte). Gibt es mehrere Bezugsberechtigte bei der Beerdigungskostenunterstützung, so wird diese zu gleichen Teilen an die Bezugsberechtigten ausgezahlt, es sei denn, Sie haben uns schriftlich eine andere Anweisung erteilt.

7.3 Gibt es für die Beerdigungskostenunterstützung weder gesetzliche Erben noch Bezugsberechtigte, erfolgt keine Auszahlung der Beerdigungskostenunterstützung.

8. Wo erbringen wir die Versicherungsleistungen und wann enden sie?

8.1 Unsere Leistungen nach diesen Bedingungen erbringen wir unabhängig davon, wo Sie Ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder Wohnsitz haben. Für den Erhalt von Geldleistungen ist eine Bankverbindung erforderlich, die eine IBAN mit dem Länderkennzeichen „DE“ für Deutschland und eine deutsche Bankleitzahl aufweist. Geldleistungen erbringen wir ausschließlich in Euro. Assistancelleistungen gemäß Nr. 6.3 erbringen wir bedingungsgemäß grundsätzlich nur in Deutschland.

8.2 Unsere Leistungspflicht endet mit dem Tag, an dem der Versicherungsfall nicht mehr gegeben ist und, soweit ein Anspruch auf Beerdigungskostenunterstützung entstanden ist, mit Auszahlung dieser an die Erben oder Bezugsberechtigten. Endet unsere Leistungspflicht innerhalb eines laufenden Monats, so berechnet sich unsere Leistung in diesem Monat nach der Anzahl der Tage, an denen wir leistungspflichtig waren. Ein Monat entspricht dabei immer 30 Tagen.

9. Was müssen Sie bei Abschluss des Versicherungsvertrages beachten?

Einen Vertrag über eine PZV können wir mit Ihnen nur abschließen, wenn wir uns vor Vertragsschluss ein genaues Bild über Ihren Gesundheitszustand machen konnten. Zu diesem Zweck stellen wir Ihnen vor Vertragsschluss Fragen zu Ihrer Gesundheit. Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie hierbei unrichtige oder unvollständige Angaben machen.

9.1 Was müssen Sie bei Ihrer Gesundheitserklärung beachten?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

9.2 Was müssen Sie bei Ihrer Gesundheitsprüfung beachten?

Wir führen mit Ihnen vor Abschluss des Vertrages eine Gesundheitsprüfung durch. Der Abschluss des Vertrages ist vom Ergebnis dieser Gesundheitsprüfung abhängig.

Sofern wir Ihnen vor Vertragsschluss Fragen über Ihren Gesundheitszustand stellen, die Ihnen nicht in Textform vorliegen, werden wir Ihre Angaben zu den Gesundheitsfragen in einem Gesundheitsprüfungsprotokoll dokumentieren. Dieses Gesundheitsprüfungsprotokoll übersenden wir Ihnen dann entweder zusammen mit dem Versicherungsschein und den sonstigen Vertragsunterlagen oder daneben mit separater Post. Um den Vertrag auf der Basis Ihrer Angaben abzuschließen, müssen Sie das erhaltene Gesundheitsprüfungsprotokoll sorgfältig durchlesen und die dokumentierten Angaben auf Richtigkeit und Vollständigkeit überprüfen. Nur wenn Sie uns die Vollständigkeit und Richtigkeit der dokumentierten Angaben durch Rücksendung des von Ihnen unterschriebenen Gesundheitsprüfungsprotokolls bestätigen, kommt der Vertrag mit Zugang des Gesundheitsprüfungsprotokolls bei uns zu Stande. Das Gesundheitsprüfungsprotokoll ist innerhalb von zwei Wochen an uns zurückzusenden. Maßgeblich ist der Zeitpunkt des Zugangs bei uns. Unabhängig von der Bezahlung des Erstbeitrages haben Sie bis zum Zugang des unterschriebenen Gesundheitsprüfungsprotokolls bei uns keinen Versicherungsschutz. Wird der Inhalt des Gesundheitsprüfungsprotokolls - unabhängig vom Grund

der Änderung, insbesondere durch Ergänzungen oder Streichungen - von Ihnen geändert oder erfolgt eine Rücksendung zu einem späteren Zeitpunkt, kommt der Vertrag auch bei Rücksendung des Gesundheitsprüfungsprotokolls nicht zu Stande, es sei denn, wir bestätigen Ihnen durch eine gesonderte schriftliche Mitteilung den Vertragsschluss auf Basis der Angaben im geänderten oder verspätet zurückgesandten Gesundheitsprüfungsprotokoll. Ohne unsere schriftliche Bestätigung haben Sie in diesen Fällen keinen Versicherungsschutz.

9.3

Was passiert, wenn Sie im Antragsformular oder im Gesundheitsprüfungsprotokoll falsche Angaben machen?

Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Bestätigen Sie uns falsche oder unvollständige Angaben, so verletzen Sie Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht und wir können vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegen.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen geschlossen hätten. Im Falle des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt erst nach Eintritt eines Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn der nicht angezeigte Umstand weder für den Eintritt noch für die Feststellung des Versicherungsfalles ursächlich war. Dies nachzuweisen, ist Ihre Verpflichtung. Wir sind allerdings von der Leistung frei, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrages zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

Kündigung

Können wir aufgrund der vorstehenden Regelungen nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag mit einer Frist von einem Monat kündigen, es sei denn, wir hätten den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen.

Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Bitte beachten Sie, dass auch in diesem Fall Leistungsfreiheit durch rückwirkende Vertragsänderung eintreten kann.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist. Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten. Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

10. Welche Verpflichtungen haben Sie nach Eintritt des Versicherungsfalles?

10.1 Sie haben uns den Eintritt des Versicherungsfalles anzuzeigen, sobald Sie von ihm Kenntnis erlangt haben. Wir sind nur dann zur Leistung verpflichtet, wenn Sie einen entsprechenden Antrag stellen und uns alle notwendigen Unterlagen zur Leistungsbeurteilung vorlegen. Hierzu zählen insbesondere das Gutachten des medizinischen Dienstes und der Pflegebescheid Ihrer Krankenversicherung.

10.2 Soweit es für die Beurteilung unserer Leistungspflicht erforderlich ist, kann es notwendig sein, dass Sie auf unser Verlangen die behandelnden Ärzte und die Angehörigen von Heilberufen, Ihre Krankenversicherung sowie Sozialversicherungsbehörden im erforderlichen Umfang widerruflich von deren Schweigepflicht, insbesondere hinsichtlich der Gesundheitsdaten befreien, sofern Sie uns die erforderlichen Angaben nicht selbst vorlegen können. Sollten Sie diese Obliegenheit nicht erfüllen, besteht die Gefahr, dass Sie eine Leistung erst nach Erfüllung der Obliegenheit erhalten.



- 10.3 Soweit Sie gemäß Nr. 3.5 nicht vom medizinischen Dienst der Krankenversicherung begutachtet werden können, haben Sie uns die Übernahme der Mehrkosten für die Beauftragung eines Gutachters durch uns schriftlich zu erklären, bevor wir den Gutachter beauftragen.
- 10.4 Sie haben uns zur Überprüfung das Fortbestehen eines festgestellten Versicherungsfalles nachzuweisen. Der Nachweis gilt als erbracht, wenn der medizinische Dienst in angemessenen Abständen das weitere Bestehen der Pflegebedürftigkeit überprüft und bescheinigt. Nr. 3.5. und 10.3. gelten entsprechend.
- 10.5 Sie haben uns unverzüglich Änderungen bezüglich der Feststellungen oder den Wegfall Ihrer Pflegebedürftigkeit anzuzeigen.
- 10.6 Nach der Feststellung des Versicherungsfalles sind Sie verpflichtet, uns auf Verlangen eine in der Bundesrepublik Deutschland amtlich anerkannte Lebensbescheinigung von Ihnen vorzulegen. Wir erstatten Ihnen die Kosten bis zur der Höhe, die für eine in Deutschland ausgestellte Bescheinigung anfallen.
- 11. Was passiert, wenn Sie Ihren Verpflichtungen nach Eintritt des Versicherungsfalles nicht nachkommen?**
- 11.1 Sollten Sie Ihren Verpflichtungen nach Eintritt des Versicherungsfalles vorsätzlich nicht nachkommen, sind wir berechtigt, unsere Leistung zurückzuhalten oder auszusetzen, bis Sie Ihren Verpflichtungen nachkommen. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung dieser Verpflichtungen können wir unsere Leistung entsprechend der Schwere Ihres Verschuldens kürzen.
- 11.2 Wir werden aber dann leisten, soweit die Verletzung Ihrer Verpflichtung weder für den Eintritt oder die Feststellung des Leistungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich ist. Dies gilt nicht, wenn Sie die Verpflichtung arglistig verletzt haben.
- 11.3 Wenn Sie in den vorgenannten Fällen Leistungen zu Unrecht erhalten haben, sind Sie verpflichtet, diese an uns zurückzahlen.
- 12. Wie wird Ihr Eintrittsalter berechnet?**
Die Höhe Ihres Beitrages wird durch Ihr Eintrittsalter bestimmt. Das Eintrittsalter entspricht der Anzahl der vollendeten Lebensjahre zum Zeitpunkt des gewünschten Versicherungsbeginns.
- 13. Wann müssen Sie Ihre Versicherungsbeiträge bezahlen?**
Sie müssen Ihre Beiträge zahlen, sobald diese fällig sind. Nur wenn Sie den ersten Beitrag rechtzeitig und die Folgebeiträge fristgemäß bezahlen, haben Sie Versicherungsschutz. Nr. 9.2 bleibt hiervon unberührt.
- 13.1 **Erstbeitrag**
Der Erstbeitrag wird mit Zugang der Rechnung fällig, soweit nichts anderes mit Ihnen vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert wurde. Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein genannten Versicherungsbeginn, wenn die Zahlung des fälligen Erstbeitrags erfolgt ist. Sofern Sie jedoch den fälligen Erstbeitrag erst nach dem vereinbarten Versicherungsbeginn zahlen, sind wir zur Leistung nicht verpflichtet, es sei denn, Sie haben die Verzögerung nicht zu vertreten.
Der Erstbeitrag gilt als bezahlt, wenn der entsprechende Betrag rechtzeitig bei uns eingegangen ist oder von Ihrem Konto eingezogen werden konnte und Sie der Einziehung nicht widersprechen. Als rechtzeitig gilt eine Zahlung, die unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von drei Tagen nach Erhalt der Zahlungsaufforderung erfolgt ist oder bei erteilter Einzugsermächtigung innerhalb von zwei Wochen nach Fälligkeit eingezogen werden konnte.
- 13.2 **Folgebeitrag**
Die Folgebeiträge sind, soweit nicht eine andere Zahlungsweise vereinbart wurde, monatlich zum entsprechenden Tag des Monats, der der Zahl nach dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn entspricht, fällig. Soweit Sie am Lastschriftverfahren teilnehmen, haben Sie dafür Sorge zu tragen, dass unsere Einziehung des fälligen Beitrags von Ihrer Bank ausgeführt wird. Ist das nicht möglich, setzen wir ein vereinbartes Lastschriftverfahren für künftig fällige Beiträge aus und Sie sind verpflichtet, alle fälligen Beiträge an uns zu überweisen. Von der erteilten Einzugsermächtigung machen wir erst wieder Gebrauch, wenn Sie alle fälligen Beiträge an uns überwiesen haben und Ihr Bankkonto wieder ausgeglichen ist.
Im Falle eines erfolglosen Lastschriftverfahrens (Rücklastschrift) sind Sie zum Ausgleich der uns insoweit anfallenden Kosten verpflichtet. Wir erheben daher eine angemessene Gebühr in Höhe von 15 €, es sei denn, die Rücklastschrift oder die Kreditkartenrückabwicklung war von Ihnen nicht zu vertreten.
- 13.3 **Vorausbeitrag**
Sie haben die Möglichkeit, den Beitrag für die PZV für einen mehrjährigen Beitragszeitraum in einer Summe im Voraus zu zahlen (Vorausbeitrag). Der Vorausbeitrag muss gesondert vereinbart werden. Im Übrigen gilt Nr. 13.1 entsprechend.
- 13.4 **Ratenzahlungszuschläge**
Wir erheben unabhängig von der gewählten Zahlungsweise keine Ratenzahlungszuschläge. Sie haben die Möglichkeit, monatlich, viertel-, halb- oder jährlich zu zahlen.
- 14. Wann werden Sie von der Bezahlung der Versicherungsbeiträge befreit?**
Wir befreien Sie unter Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes auf Antrag von Ihrer Verpflichtung, die laufenden Versicherungsbeiträge für die PZV zu entrichten, wenn der Versicherungsfall eintritt oder Sie während der Laufzeit des Vertrages arbeitslos oder arbeitsunfähig werden. Die Beitragsbefreiung bezieht sich im Versicherungsfall nur auf künftig fällig werdende Beiträge, nicht jedoch auf bereits gezahlte Beiträge, soweit nichts anderes mit Ihnen vereinbart wurde.
- Ihre Arbeitslosigkeit und den Bezug von Arbeitslosengeld haben Sie durch die Vorlage einer Bescheinigung der Agentur für Arbeit und des letzten Arbeitgebers sowie des Arbeitsvertrages und des Kündigungsschreibens nachzuweisen und Ihre Arbeitsunfähigkeit durch ein Attest eines in Deutschland zugelassenen und approbierten Arztes und eine Bescheinigung der Krankenversicherung über den Erhalt von Krankengeld.
- 14.1 **Was passiert bis zur Entscheidung über die Beitragsbefreiung und was nach dem Wegfall?**
Sofern Sie einen Antrag auf Beitragsbefreiung gestellt haben, sind Sie verpflichtet, die vereinbarten Versicherungsbeiträge bis zum Zeitpunkt unserer Entscheidung über Ihren Antrag weiter zu entrichten. Endet die Beitragsbefreiung, haben Sie die Beiträge wieder zu zahlen.
- 14.2 **Wann liegt Arbeitslosigkeit vor?**
Arbeitslosigkeit liegt vor, wenn Sie als Arbeitnehmer aus einem unbefristeten, sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis, das mindestens sechs Monate angedauert hat (kein Wehr- und Zivildienst, Ausbildungsverhältnis, Erziehungsurlaub oder Selbstständigkeit) heraus unverschuldet arbeitslos werden und nicht mehr gegen Entgelt tätig sind. Auch Einkünfte aus einer geringfügigen Beschäftigung sind Entgelt im Sinne dieser Bedingungen, selbst wenn sie einem Anspruch auf Leistungen der Agentur für Arbeit nicht entgegenstehen. Die Arbeitslosigkeit endet mit Aufnahme einer selbständigen, freiberuflichen oder abhängigen Beschäftigung, auch wenn diese weniger als 15 Wochenstunden umfasst und kein oder nur ein geringfügiges Entgelt erzielt wird.
- 14.3 **Wann liegt Arbeitsunfähigkeit vor?**
Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn Sie aufgrund eines Unfalls oder Krankheit Ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben können, sie auch nicht ausüben und auch keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgehen.
- 14.4 **Wann ist ein Anspruch auf Beitragsbefreiung ausgeschlossen?**
Ein Anspruch auf Beitragsbefreiung besteht nicht,
- wenn die Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit bereits bei Abschluss des Versicherungsvertrages bestand oder innerhalb von sechs Monaten nach Beginn des Versicherungsschutzes eintritt; dann ist die Beitragsbefreiung für die gesamte Dauer der Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit ausgeschlossen (Wartezeit),
- während der ersten drei Monate einer Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit (Karenzzeit),
- wenn Sie bei Abschluss der PZV bereits Kenntnis von dem drohenden Eintritt der Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit hatten und diese innerhalb von 12 Monaten seit Vertragsabschluss auch eingetreten ist (Bösgläubigkeit),
- wenn Sie bei Eintritt des Versicherungsfalles oder der Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit keinen Versicherungsschutz, insbesondere bei Nichtzahlung und nach unserer Mahnung der Folgebeiträge, haben,
- wenn die Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse in Sinne von Nr. 5.2. eingetreten ist,
- wenn im Falle der Arbeitslosigkeit
- das Arbeitsverhältnis befristet war,
- Sie die Beendigung Ihres Beschäftigungsverhältnisses selbst veranlasst haben oder Ihnen fristlos gekündigt wurde,
- bei Beginn des Versicherungsschutzes bereits ein gerichtliches Verfahren im Zusammenhang mit der Beendigung des Arbeitsverhältnisses bestand,
- das Beschäftigungsverhältnis bei einem Ehegatten oder einem in direkter Linie Verwandten besteht, bzw. bei einem Unternehmen, das von Ihrem Ehegatten oder von einem in direkter Linie mit Ihnen Verwandten alleine oder zusammen mit Ihnen beherrscht wird,
- Sie Leistungen aus einer Rentenversicherung oder einer Berufsunfähigkeitsrente beziehen oder wenn Sie das Renteneintrittsalter erreicht haben,
- wenn im Falle der Arbeitsunfähigkeit
- diese durch eine Sucht, Einnahme von Drogen, Medikamentenmissbrauch oder Alkoholismus verursacht wurde;
- diese Folge einer Schwangerschaft ist, soweit für diese Zeit Lohnfortzahlung oder Ansprüche aus dem gesetzlichen Mutterschutz oder Elternzeit bestehen,



- diese durch psychische Erkrankungen (z. B. Depressionen, psychosomatische Störungen) verursacht worden ist, es sei denn, sie sind von einem in Deutschland niedergelassenen und approbierten Facharzt für psychische Erkrankungen diagnostiziert und werden fachärztlich behandelt,
 - diese durch Erkrankungen des Bewegungsapparates einschließlich des Skelettes verursacht worden ist, es sei denn, sie sind von einem in Deutschland niedergelassenen und approbierten Facharzt für orthopädische Erkrankungen diagnostiziert und werden fachärztlich behandelt,
 - diese durch Unfälle bei der Benutzung von Luftfahrzeugen eingetreten sind,
 - diese durch Unfälle verursacht sind, die Ihnen dadurch zustoßen, dass Sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligen, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt oder
- Soweit die Beitragsbefreiung aus den vorstehend genannten Gründen ausgeschlossen ist, hat dies keine Auswirkungen auf den Beitrag der PZV.
- 14.5 Wie lange dauert die Beitragsbefreiung und was passiert danach?
Ein Anspruch auf Beitragsbefreiung wegen Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit besteht jeweils für die tatsächliche Dauer der Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit, längstens jedoch für insgesamt 12 Monate innerhalb eines Zeitraumes von drei Jahren (Maximalzeitraum). Der Maximalzeitraum beginnt jeweils mit der erstmaligen Befreiung wegen Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit. Nach Beendigung des Versicherungsfalles oder dem Wegfall der Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit bzw. nach Ablauf des maximalen Zeitraums, wird der Vertrag beitragspflichtig fortgeführt.
15. **Wie lange läuft der Vertrag über die PZV und wann endet er?**
15.1 Der Vertrag über eine PZV wird, soweit nichts anderes mit Ihnen vereinbart wurde oder soweit nachstehend nichts anderes gilt, auf unbestimmte Zeit geschlossen. Als Versicherungsperiode gilt in diesem Fall ein Monat.
- 15.2 Bei einem auf unbestimmte Zeit geschlossenen Vertrag haben Sie das Recht, den Vertrag täglich zu kündigen. Machen Sie davon Gebrauch, verlieren Sie Ihren Versicherungsschutz. Wenn Sie sich wieder versichern lassen wollen, ist eine erneute Gesundheitsprüfung notwendig und der neue Versicherungsbeitrag errechnet sich nach dem dann maßgeblichen Eintrittsalter. Für die Kündigung ist der von Ihnen angegebene Zeitpunkt, frühestens der Zugang Ihrer Kündigungserklärung bei uns maßgeblich.
- 15.3 Haben Sie mit uns einen Vorausbeitrag gemäß Nr. 13.3 dieser Bedingungen vereinbart, wird der Vertrag zunächst für die Dauer von drei Jahren geschlossen und er verlängert sich danach für die Dauer des vereinbarten Beitragszeitraumes um jeweils ein weiteres Jahr, sofern er nicht unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum Schluss eines Jahres gekündigt wird. Die Kündigung ist erstmals zum Schluss des dritten Jahres möglich. Nach Ablauf des vereinbarten Beitragszeitraumes können sie den Vertrag wieder täglich kündigen, sofern nicht erneut ein Vorausbeitrag für einen weiteren mehrjährigen Beitragszeitraum vereinbart wurde. In diesem Fall bleibt es für die Dauer des vereinbarten Beitragszeitraumes bei dem Kündigungsrecht zum Schluss eines Jahres.
- 15.4 Wir verzichten Ihnen gegenüber auf unser Recht, den Vertrag ordentlich zu kündigen. Unser Recht, den Vertrag außerordentlich u. a. wegen falscher Angaben bei Vertragsschluss oder wegen Zahlungsverzuges zu kündigen, bleibt hiervon unberührt.
- 15.5 Der Vertrag endet, ohne dass es einer Kündigung bedarf, mit dem Tod der versicherten Person. Sind Versicherungsnehmer und versicherte Person nicht identisch, geht der Versicherungsvertrag mit dem Tod des Versicherungsnehmers auf die versicherte Person über. Ist die versicherte Person zum Zeitpunkt des Todes des Versicherungsnehmers noch minderjährig, geht die Versicherung auf die versicherte Person nur über, wenn sie auch Erbe des Versicherungsnehmers ist. Ist die minderjährige, versicherte Person nicht Erbe des Versicherungsnehmers, geht der Versicherungsvertrag auf die Erben des Versicherungsnehmers über.
16. **Wann können Sie die vereinbarten Leistungen und die Beiträge erhöhen?**
Es bestehen folgende Möglichkeiten, die Leistung oder den Beitrag Ihrer PZV zu erhöhen:
- 16.1 Nachversicherungsgarantie
Im Rahmen der Nachversicherungsgarantie haben Sie die Möglichkeit, das versicherte Pflegegeld
- innerhalb von 5 Jahren nach Abschluss des Vertrages über Ihre PZV und maximal bis zur Vollendung Ihres 50. Lebensjahres oder
- innerhalb von sechs Monaten nach dem Tod eines Ihrer leiblichen oder adoptierten Kinder, nach dem Tod Ihres Ehepartners oder nach der Scheidung von Ihrem Ehepartner
in der höchsten bei uns versicherten Pflegestufe einmalig ohne Gesundheitsprüfung um maximal 30%, aufgerundet auf volle Euro, zu erhöhen. Die niedrigeren bei uns versicherten Pflegestufen werden im Verhältnis anteilig erhöht.
- 16.2 Versicherungsdynamik
Im Rahmen der Versicherungsdynamik erhöhen wir bis zum erstmaligen Eintritt des Leistungsfalles das vereinbarte Pflegegeld ohne Gesundheitsprüfung alle drei Jahre in der höchsten bei uns versicherten Pflegestufe um 5 %, aufgerundet auf volle Euro. Die niedrigeren bei uns versicherten Pflegestufen werden im Verhältnis anteilig erhöht.
Voraussetzung für eine Teilnahme an der Versicherungsdynamik ist, dass
- Sie ihr nicht innerhalb eines Monats nach Wirksamwerden des neuen Beitrags widersprechen,
- Sie das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, es sei denn, Sie haben zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Versicherungsdynamik unmittelbar davor drei ununterbrochene Erhöhungen im Rahmen der Versicherungsdynamik mitgemacht.
Wollen Sie an einer Beitragserhöhung im Rahmen der Versicherungsdynamik aus persönlichen oder wirtschaftlichen Gründen nicht teilnehmen, haben Sie die Möglichkeit, diese auszusetzen. Setzen Sie jedoch zweimal nacheinander bei der Erhöhung aus, behalten wir uns bei der Wiederaufnahme der Versicherungsdynamik eine Gesundheitsprüfung vor.
- 16.3 Weitere Bestimmungen zur Nachversicherungsgarantie und der Versicherungsdynamik
Die Nachversicherungsgarantie und die Versicherungsdynamik können maximal bis zur Verdopplung der erstmalig vereinbarten Pflegegelder in Anspruch genommen werden. Die Inanspruchnahme der Nachversicherungsgarantie und der Versicherungsdynamik ist ab dem Zeitpunkt ausgeschlossen, zu dem Sie einen Leistungsanspruch gegenüber Ihrer gesetzlichen Pflegepflichtversicherung hätten. Dies gilt auch dann, wenn dies aufgrund der bei uns versicherten Pflegestufen keinen Leistungsfall auslöst.
Mit der Inanspruchnahme der Nachversicherungsgarantie und der Versicherungsdynamik wird Ihr Beitrag neu ermittelt. Dabei wird Ihr bisheriger Beitrag lediglich um den zusätzlichen Beitrag für den durch die Nachversicherungsgarantie und der Versicherungsdynamik erhöhten Anteil am versicherten Pflegegeld erhöht. Dieser zusätzliche Beitrag wird auf Grundlage Ihres zum Änderungszeitpunkt erreichten Alters ermittelt. Der neue Beitrag wird zu Beginn des Monats wirksam, der dem Änderungszeitpunkt folgt.
- 16.4 Leistungsdynamik
Soweit mit Ihnen vereinbart, erhöhen wir im Rahmen der Leistungsdynamik nach Eintritt des Leistungsfalles das vereinbarte Pflegegeld in derjenigen bei uns versicherten Pflegestufe, in der Sie zum Zeitpunkt der Leistungsdynamik wegen einer festgestellten Pflegebedürftigkeit eingestuft sind, alle drei Jahre um 10 %, aufgerundet auf volle Euro bei Aufrechterhaltung der Beitragsbefreiung im Pflegefall. Soweit Sie in eine andere Pflegestufe eingestuft werden, können Sie die bis dahin durch die Leistungsdynamik erworbenen Erhöhungen in absoluten Beträgen auf die neue Pflegestufe übertragen.
Voraussetzung für die Inanspruchnahme der Leistungsdynamik ist, dass
- Sie diese Leistungsdynamik mit uns vereinbart haben und dies im Versicherungsschein dokumentiert ist,
- der Leistungsfall eingetreten ist,
- seit Eintritt des Pflegefalles oder der Leistungsdynamik drei Jahre vergangen sind.
17. **Wann erfolgt eine Beitragsanpassung?**
17.1 Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. aufgrund von Veränderungen der Pflegekosten, der Pflege-dauern, der Häufigkeit von Pflegefällen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern.
- 17.2 Wir vergleichen dementsprechend zumindest jährlich die tatsächlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Weichen diese Werte für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs um mehr als 10 % jeweils voneinander ab, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und soweit erforderlich, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders - ohne eine Veränderung der Versicherungsleistung - angepasst, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch uns und des Treuhänders die Abweichung nicht als nur vorübergehend anzusehen ist (Beitragsanpassung). Die Beitragsanpassung gilt auch für den Fall, dass Sie mit uns einen Vorausbeitrag gemäß Nr. 13.3 dieser Bedingungen vereinbart haben.
- 17.3 Sollten die unternehmenseigenen Rechnungsgrundlagen für die Beobachtung nicht ausreichen, wird dem Vergleich gemäß die Gemeinschaftsstatistik des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. zur Pflegepflichtversicherung zu Grunde gelegt.
- 17.4 Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und evtl. vereinbarter Risikozuschläge werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung an Sie folgt. Haben Sie mit uns einen Vorausbeitrag gemäß Nr. 13.3 dieser Bedingungen vereinbart, werden Beitragsanpassungen für den restlichen vereinbarten Beitragszeitraum berechnet und für diesen Zeitraum insgesamt im Voraus fällig oder - sofern der Beitrag gesenkt wird - von uns erstattet.



- 18. Wann können Sie Tarife wechseln?**
Sie haben jederzeit die Möglichkeit, zwischen den von uns angebotenen Tarifen zu wechseln. Wollen Sie in einen Tarif wechseln, der insgesamt oder bezogen auf eine Teilleistung eine Erweiterung des Versicherungsumfanges oder eine Erhöhung der Leistung zur Folge hat, ist der Tarifwechsel jedoch nur nach einer erneuten Gesundheitsprüfung möglich.
- Wechsel zwischen Tarifen bei Änderung der gesetzlichen Definitionen oder Vorschriften
Wir orientieren uns an den gesetzlichen Vorschriften zur Definition eines Pflegefalls und zur Feststellung der Einschränkung der Alltagskompetenz. Sollten sich die gesetzlichen Vorschriften, insbesondere der gesetzliche Pflegebegriff oder die Kriterien zur Feststellung der Einschränkung der Alltagskompetenz, ändern und bieten wir deshalb neue, darauf abgestellte Tarife der PZV an, so haben Sie das Recht, ohne erneute Gesundheitsprüfung in einen solchen neuen Tarif zu wechseln, sofern die versicherten Leistungen in ihrer Höhe gleich bleiben. In anderen Fällen behalten wir uns eine erneute Gesundheitsprüfung vor.
- 19. Was ist für Sie sonst noch wichtig?**
Nachfolgende Erläuterungen sind noch einmal wichtig:
- 19.1 Datenspeicherung**
Bei Vertragsschluss und während der Vertragslaufzeit erheben, speichern und nutzen wir die für Ihren Versicherungsvertrag notwendigen personenbezogenen Daten nur, soweit dies für die Abwicklung des Vertrages - insbesondere für die Antrags- und Leistungsbearbeitung - erforderlich ist. Das umfasst Ihre Angaben bei Vertragsschluss einschließlich Ihrer Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand (Antragsdaten einschließlich Gesundheitsdaten), versicherungstechnische Daten - wie Versicherungsnummer, Versicherungssumme, Versicherungsdauer, Beitrag und Bankverbindung (Vertragsdaten) sowie im Versicherungsfall Angaben zum Schaden oder Angaben Dritter zum Schadensfall (Leistungsdaten).
- 19.2 Datenweitergabe**
Um Ihnen einen umfassenden und kostengünstigen Versicherungsschutz bieten zu können, haben wir das Erbringen bestimmter Versicherungsdienstleistungen, wie die Vertragsverwaltung oder Leistungsabwicklung, auf zwar rechtlich selbständige, aber im Sinne des § 15 Aktiengesetz mit uns verbundene Unternehmen verteilt. Aus diesem Grund werden Ihre Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten bei uns zentral gespeichert und den mit uns verbundenen Unternehmen zur Erbringung der genannten Versicherungsdienstleistungen zur Verfügung gestellt.
Wir sind berechtigt, Ihre Angaben gegebenenfalls durch Rückfragen bei Ihrer Krankenversicherung, Ihrem Vorversicherer oder bei Ihrem Mitversicherer zu überprüfen. Wir sind weiterhin berechtigt, Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten unserem Rückversicherer oder unserem Vertragspartner zur Risikokalkulation zur Verfügung zu stellen, soweit dies dort zur Risikobeurteilung, Beitragskalkulation oder Schadenregulierung erforderlich ist.
Soweit wir mit Rückversicherern, Schadenabwicklungsunternehmen oder sonstigen Kooperationspartnern zusammenarbeiten, stellen wir durch eine Anonymisierung Ihrer Daten und durch entsprechende Datenschutzabkommen sicher, dass eine Verarbeitung und Nutzung der Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten nur intern und im Rahmen der Zweckbestimmung des Versicherungsvertrages und nicht zu anderen Zwecken erfolgt.
- 19.3 Elektronische Archivierung**
Wir können den gesamten Schriftverkehr, insbesondere auch Ihre an uns gerichteten Schreiben mit einem allgemein anerkannten System elektronisch archivieren. Sie sind damit einverstanden, dass wir Originale nach dem Ein-scannen und Speichern vernichten.
- 19.4 Anpassung der Versicherungsbedingungen**
Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung Ihrer Belange erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an Sie folgt.
Ist eine Bestimmung in den Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, können wir diese durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels unsere Belange angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe Ihnen mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.
- 19.5 Verjährung**
Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Frist beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und Sie von den Anspruch begründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt haben oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen mussten.
- 19.6 Geltendes Recht**
Für alle Versicherungsverträge, denen diese Bedingungen zu Grunde liegen, gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.



Versicherungsbedingungen für die Private Pflege-Zusatzversicherung (PZV)/BISEX der DFV Deutsche Familienversicherung AG

In der Fassung PZV-BISEX 01-12 Stand: Januar 2012

- Diese Versicherungsbedingungen konkretisieren den mit Ihnen abgeschlossenen Versicherungsvertrag über eine private Pflegezusatzversicherung (PZV) in dem Umfang, wie er sich aus dem Versicherungsschein ergibt.
- Um die Versicherungsbedingungen der PZV sprachlich verständlich abzufassen, werden Sie direkt angesprochen. Mit der Anrede „Sie“ oder „Ihnen“ ist, soweit nichts anderes bestimmt ist, der Versicherungsnehmer gleichzeitig auch als versicherte Person, mit „wir“ oder „uns“ ist die DFV Deutsche Familienversicherung AG gemeint.
- Bitte beachten Sie, dass wir aus Gründen der Übersichtlichkeit auf die Wiederholung von gesetzlichen Vorgaben, die neben diesen Bedingungen ergänzend Anwendung finden, verzichtet haben. Informationen zu den wichtigsten gesetzlichen Bestimmungen finden Sie in den weiteren Vertragsunterlagen (Kundeninformation, Produktinformationsblatt und gesonderte Belehrungen).
- Die PZV ist eine private Zusatzversicherung, die nicht die soziale oder private Pflegeversicherung (im Folgenden gesetzliche Pflegepflichtversicherung) ganz oder teilweise ersetzt, sondern diese ergänzt. Deshalb sind versicherungsfähig und versicherbar nur Personen, die über eine bestehende gesetzliche Pflegepflichtversicherung bei einer gesetzlichen Krankenkasse oder einem privaten Krankenversicherer (im Folgenden Krankenversicherung) verfügen.
- 1. Was ist versichert?**
Nachstehende Begriffsbestimmungen und Erläuterungen sind für das Verständnis Ihres Versicherungsschutzes besonders wichtig.
- 1.1 Wann liegt der Versicherungsfall vor?**
Versicherungsfall ist der Eintritt und die Feststellung Ihrer Pflegebedürftigkeit gemäß einer bei uns versicherten Pflegestufe einschließlich der Grundsicherung während der Vertragslaufzeit.
- 1.2 Was verstehen wir unter Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen?**
Pflegebedürftig sind Sie, wenn Sie wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit bzw. Behinderung oder wegen Unfallfolgen, für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen und deshalb in eine der Pflegestufen III, II oder I der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung eingestuft werden oder wenn bei Ihnen demenzbedingte Fähigkeitsstörungen auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, festgestellt werden, die Sie erheblich oder in erhöhtem Maße in Ihrer Alltagskompetenz einschränken.
- 1.3 Was ist unter Krankheiten bzw. Behinderungen und Unfall im Sinne dieser Bedingungen zu verstehen?**
Krankheiten oder Behinderungen im Sinne dieser Bedingungen sind Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat, Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane, Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.
Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
- 1.4 Was ist unter Demenz zu verstehen?**
Demenz ist der Oberbegriff für Erkrankungsbilder, die mit einem Verlust der geistigen Funktionen wie Denken, Erinnern, Orientierung und Verknüpfen von Denkinhalten einhergehen und die dazu führen, dass alltägliche Aktivitäten nicht mehr eigenständig durchgeführt werden können. Dazu zählen die Alzheimer-Demenz und weitere Demenzformen. Der Begriff Demenz ist international im ICD 10 (Internationale Klassifikation der Krankheiten, 10. Revision) einheitlich definiert. Demenz oder ein demenzbedingtes Verhalten bzw. Unterlassen im Sinne dieser Versicherungsbedingungen liegt vor, wenn diese als Ursache für die Einschränkung der Alltagskompetenz durch einen Gutachter des medizinischen Dienstes Ihrer Krankenversicherung im Pflegegutachten festgestellt wurde.
- 1.5 Was verstehen wir unter gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen?**
Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne dieser Bedingungen sind
- im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
 - im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
 - im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
 - im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.
- 1.6 Wann liegt eine Einschränkung der Alltagskompetenz vor?**
Für die Bewertung der Einschränkung der Alltagskompetenz aufgrund demenzbedingter Fähigkeitsstörungen haben wir uns an die einschlägigen Bestimmungen des Sozialgesetzbuches (§ 45a Elftes Sozialgesetzbuch) angelehnt. Wir legen daher nachstehende Kriterien zu Grunde:
- (1) unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauff Tendenz);
 - (2) Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen;
 - (3) unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen;
 - (4) tätlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation;
 - (5) im situativen Kontext inadäquates Verhalten;
 - (6) Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen;
 - (7) Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung;
 - (8) Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben;
 - (9) Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus;
 - (10) Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren;
 - (11) Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen;
 - (12) ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten;
 - (13) zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression.
- 1.7 Welche Formen der eingeschränkten Alltagskompetenz gibt es?**
Wir unterscheiden zwei Formen einer Einschränkung der Alltagskompetenz, die in beiden Fällen auf demenzbedingten Fähigkeitsstörungen beruhen müssen.
Erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz
Eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz liegt vor, wenn bei Ihnen gleichzeitig zwei Kriterien gemäß Nr. 1.6 dieser Bedingungen festgestellt werden, wobei mindestens einmal ein Kriterium aus den Ziffern 1 bis 9 festgestellt werden muss.
Einschränkung der Alltagskompetenz in erhöhtem Maße
Eine Einschränkung der Alltagskompetenz in erhöhtem Maße liegt vor, wenn bei Ihnen gleichzeitig drei Kriterien gemäß Nr. 1.6 dieser Bedingungen festgestellt werden, wobei mindestens ein Kriterium aus den Ziffern 1 bis 5 sowie 9 oder 11 festgestellt werden muss.
- 1.8 Welche Pflegestufen gibt es im Rahmen dieser Versicherung?**
Wir unterscheiden im Rahmen dieser Versicherung die Pflegestufen III, II, I und 0 sowie die der Grundsicherung.
- Pflegestufe III**
Pflegebedürftig gemäß Pflegestufe III sind Sie, wenn Sie bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen (Schwerstpflegebedürftige).



Pflegestufe II

Pflegebedürftig gemäß Pflegestufe II sind Sie, wenn Sie bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen (Schwerpflegebedürftige).

Pflegestufe I

Pflegebedürftig gemäß Pflegestufe I sind Sie, wenn Sie bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen (erheblich Pflegebedürftige).

Pflegestufe 0

Pflegebedürftig gemäß Pflegestufe 0 sind Sie, wenn bei Ihnen aufgrund von demenzbedingten Fähigkeitsstörungen eine Einschränkung der Alltagskompetenz in erhöhtem Maße (drei Kriterien) festgestellt wurde.

Grundsicherung

Pflegebedürftig nach der Grundsicherung sind Sie, wenn bei Ihnen aufgrund von demenzbedingten Fähigkeitsstörungen eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz (zwei Kriterien) festgestellt wurde.

2. Durch wen und wie wird der Versicherungsfall festgestellt?

Der Versicherungsfall wird im Rahmen dieser Versicherung durch uns festgestellt.

Im Rahmen der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung werden die Pflegebedürftigkeit und die Einschränkung der Alltagskompetenz durch einen Gutachter des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK oder MEDICPROOF) festgestellt. Auf Grundlage des Ergebnisses des Pflegegutachtens kann Sie Ihre Krankenversicherung in eine der gesetzlichen Pflegestufen einstufen oder die Einschränkung der Alltagskompetenz anerkennen. Darüber erhalten Sie von Ihrer Krankenversicherung einen Pflegebescheid.

Bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit und der Einstufung in eine unserer Pflegestufen oder bei der Feststellung der Einschränkung der Alltagskompetenz wegen demenzbedingter Fähigkeitsstörungen richten wir uns nach dem Ergebnis des Pflegegutachtens und dem Inhalt des Pflegebescheids Ihrer Krankenversicherung.

Soweit die Einschränkung der Alltagskompetenz durch den medizinischen Dienst im Pflegegutachten festgestellt wurde, aus dem Pflegebescheid Ihrer Krankenversicherung oder dem Pflegegutachten des medizinischen Dienstes aber nicht hervorgeht, dass Ursache der Einschränkung der Alltagskompetenz auch demenzbedingte Fähigkeitsstörungen sind, behalten wir uns vor, den Feststellungen des medizinischen Dienstes erst dann zu folgen, wenn ein neurologisches Gutachten eines Facharztes auch das Vorliegen demenzbedingter Fähigkeitsstörungen bestätigt. Die durch das Einholen eines neurologischen Gutachtens entstehenden Kosten und Aufwendungen werden Ihnen von uns erstattet.

3. Wann leisten wir?

Wir leisten, wenn der Versicherungsfall während der Vertragslaufzeit eingetreten ist und frühestens ab dem Tag, für den auch Ihre Krankenversicherung einen Leistungsanspruch aufgrund Ihrer Pflegebedürftigkeit oder Ihrer Einschränkung der Alltagskompetenz anerkannt hat. Wir sind nur dann zur Leistung verpflichtet, wenn Sie einen entsprechenden Antrag stellen und uns alle notwendigen Unterlagen zur Leistungsbeurteilung vorlegen. Hierzu zählen insbesondere das Gutachten des medizinischen Dienstes und der Pflegebescheid Ihrer Krankenversicherung. Soweit der Versicherungsfall eingetreten ist und von uns festgestellt wurde, leisten wir unmittelbar, unverzüglich, spätestens aber innerhalb von 48 Stunden, soweit keine Wartezeiten vereinbart sind.

3.1 Wann leisten wir bei den Pflegestufen III, II oder I?

Soweit Sie Leistungen aus den Pflegestufen III, II oder I mit uns vereinbart haben, leisten wir, wenn Sie Ihre Krankenversicherung aufgrund der festgestellten Pflegebedürftigkeit in die Pflegestufe III, II oder I eingestuft hat und Sie diese Pflegestufe bei uns versichert haben.

3.2 Wann leisten wir bei der Pflegebedürftigkeit und Demenz?

Soweit Sie Leistungen aus den Pflegestufen III, II oder I bei Vorliegen einer demenzbedingten, erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz (Pflegebedürftigkeit und Demenz) mit uns vereinbart haben, leisten wir, wenn Sie Ihre Krankenversicherung aufgrund der festgestellten Pflegebedürftigkeit in die Pflegestufe III, II oder I eingestuft und zusätzlich eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz (zwei Kriterien) wegen demenzbedingter Fähigkeitsstörungen festgestellt hat.

3.3 Wann leisten wir bei der Pflegestufe 0?

Soweit Sie die separate Versicherung der Pflegestufe 0 mit uns vereinbart haben, leisten wir, wenn Ihre Krankenversicherung bei Ihnen eine Einschränkung der Alltagskompetenz in erhöhtem Maße (drei Kriterien) aufgrund demenzbedingter Fähigkeitsstörungen festgestellt hat, Sie aber ansonsten keiner Pflegestufe zugeordnet werden.

3.4 Wann erbringen wir die Grundsicherung?

Soweit Sie die Grundsicherung mit uns vereinbart haben, leisten wir, wenn Ihre Krankenversicherung bei Ihnen eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz (zwei Kriterien) aufgrund demenzbedingter Fähigkeitsstörungen festgestellt hat, Sie aber ansonsten keiner bei uns versicherten Pflegestufe zugeordnet werden und bei Ihnen auch keine Einschränkung der Alltagskompetenz in erhöhtem Maße aufgrund demenzbedingter Fähigkeitsstörungen festgestellt wurde.

4. Bei welchen Versicherungsfällen leisten wir nicht?

Es gelten die folgenden Leistungsausschlüsse:

4.1 Vorvertragliche Versicherungsfälle

Keine Leistungspflicht besteht für Versicherungsfälle, die bereits vor Vertragsschluss eingetreten oder festgestellt wurden. Dies gilt auch dann, wenn die Pflegebedürftigkeit zwar erst nach Vertragsschluss, aber rückwirkend bereits für einen Zeitpunkt vor Vertragsschluss festgestellt wird.

4.2 Suizidversuch

Keine Leistungspflicht besteht für Versicherungsfälle, die aufgrund eines fehlgeschlagenen Suizids verursacht sind.

4.3 Krieg, Bürgerkrieg

Keine Leistungspflicht besteht für Versicherungsfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind, sofern diese nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird. Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des siebten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält. Der Versicherungsschutz besteht jedoch nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht oder Reisewarnungen durch das Auswärtige Amt der Bundesrepublik Deutschland ausgesprochen wurden. Versicherungsschutz besteht auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg sowie für Unfälle durch ABC-Waffen.

5. Wer ist versichert?

Sie als Versicherungsnehmer sind versicherte Person, soweit Sie die PZV nicht für eine andere Person abgeschlossen haben. Auch in diesem Fall ist dann mit der Anrede „Sie“ auch die versicherte Person gemeint. Sind der Versicherungsnehmer und die versicherte Person nicht identisch oder besteht der Vertrag mit mehreren Versicherungsnehmern, muss sich jeder Versicherungsnehmer Kenntnis und Verhalten der übrigen Versicherungsnehmer und der versicherten Person zurechnen lassen.

6. Wer ist nicht versichert?

Ist bei Personen aufgrund von Vorerkrankungen der Eintritt des Versicherungsfalles besonders wahrscheinlich, kann eine Risikoübernahme nur begrenzt oder gar nicht erfolgen. Deshalb stellen wir allen Versicherungsnehmern vor Abschluss des Vertrages Fragen zu ihrem Gesundheitszustand. Bitte beachten Sie, dass Sie bei Falschangaben zu den von uns in Textform gestellten Gesundheitsfragen Ihren Versicherungsschutz trotz Beitragszahlung verlieren können.

7. Welche Leistungen erbringen wir?

Wir erbringen nur die Leistungen, die Sie versichert haben. Das vereinbarte Pflegegeld zahlen wir monatlich im Voraus an Sie.

Soweit Sie mehrere Pflegestufen bei uns versichert haben und der Versicherungsfall eingetreten ist, erbringen wir die vereinbarten Leistungen nicht nebeneinander. So schließt die Einstufung in eine höher versicherte Pflegestufe Leistungen aus einer niedriger versicherten Pflegestufe aus. Wir leisten demnach

- das höchste versicherte Pflegegeld in den Pflegestufen III, II, I oder 0;
- bei der Grundsicherung verdoppeln wir das Ihnen aufgrund einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz von der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung gewährte Betreuungsgeld. Wir leisten maximal 200,00 € pro Monat.



Soweit Sie die nachstehenden Leistungen versichert haben und ein Versicherungsfall in einer bei uns versicherten Pflegestufe III-I eingetreten ist, können diese Leistungen auch nebeneinander erbracht werden:

- eine Sofortbeihilfe als Einmalbeitrag;
- eine Umbaukostenbeihilfe als finanziellen Zuschuss zu einem erforderlichen, pflegerechten Umbau Ihrer Wohnung bzw. Ihres Hauses;
- eine Erholungskostenbeihilfe als finanziellen Zuschuss zu einem Erholungsurlaub einer Sie pflegende Person;
- eine Beerdigungskostenbeihilfe als finanziellen Zuschuss zu den Kosten für Ihre Beerdigung, sofern der Eintritt des Todes durch Vorlage einer amtlichen, in der Bundesrepublik Deutschland anerkannten Sterbeurkunde nachgewiesen wird;
- Organisations- und Serviceleistungen sowie die Übernahme bzw. Erstattung ausgewählter, sonstiger Leistungen (Assistanceleistungen). Diese sind mit uns gesondert zu vereinbaren und unterliegen besonderen Bedingungen.

8. An wen wir leisten?

Wir leisten grundsätzlich an Sie. Soweit Versicherungsnehmer und versicherte Person nicht identisch sind, leisten wir auch an den Versicherungsnehmer, soweit nichts anderes mit diesem vereinbart wurde.

Die Beerdigungskostenbeihilfe leisten wir zu gleichen Teilen an die gesetzlichen Erben der versicherten Person. Sie haben aber jederzeit das Recht, andere Personen für den Erhalt der Beerdigungskostenbeihilfe zu benennen (Bezugsberechtigte).

Gibt es mehrere Bezugsberechtigte bei der Beerdigungskostenbeihilfe, so wird diese zu gleichen Teilen an die Bezugsberechtigten ausgezahlt, es sei denn, Sie haben uns schriftlich eine andere Anweisung erteilt.

Gibt es für die Beerdigungskostenbeihilfe weder gesetzliche Erben noch Bezugsberechtigte, erfolgt keine Auszahlung der Beerdigungskostenbeihilfe.

9. Wo erbringen wir die Versicherungsleistungen und wann enden sie?

Unsere Leistungen erbringen wir ausschließlich in Deutschland, unabhängig davon, wo Ihr gewöhnlicher Aufenthalt ist. Geldleistungen erbringen wir ausschließlich in Euro. Für die Zahlung von Geldleistungen ist eine Bankverbindung erforderlich, die eine IBAN mit dem Länderkennzeichen „DE“ für Deutschland und eine deutsche Bankleitzahl aufweist.

Unsere Leistungspflicht endet mit dem Tag, an dem der Versicherungsfall nicht mehr gegeben ist und, soweit ein Anspruch auf Beerdigungskostenbeihilfe entstanden ist, mit Auszahlung dieser an die Erben oder Bezugsberechtigten. Endet unsere Leistungspflicht innerhalb eines laufenden Monats, so berechnet sich unsere Leistung in diesem Monat nach der Anzahl der Tage, an denen wir leistungspflichtig waren. Ein Monat entspricht dabei immer 30 Tagen.

10. Was müssen Sie bei Abschluss des Versicherungsvertrages beachten?

Einen Vertrag über eine PZV können wir mit Ihnen nur abschließen, wenn wir uns vor Vertragsschluss ein genaues Bild über Ihren Gesundheitszustand machen konnten. Zu diesem Zweck stellen wir Ihnen vor Vertragsschluss Fragen zu Ihrer Gesundheit. Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie hierbei unrichtige oder unvollständige Angaben machen.

10.1 Was Sie bei Ihrer Gesundheitserklärung beachten müssen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

10.2 Was Sie bei Ihrer Gesundheitsprüfung beachten müssen?

Wir führen mit Ihnen vor Abschluss des Vertrages eine Gesundheitsprüfung durch. Der Abschluss des Vertrages ist vom Ergebnis dieser Gesundheitsprüfung abhängig.

Sofern wir Ihnen vor Vertragsschluss Fragen über Ihren Gesundheitszustand stellen, die Ihnen nicht in Textform vorliegen, werden wir Ihre Angaben zu den Gesundheitsfragen in einem Gesundheitsprüfungsprotokoll dokumentieren. Dieses Gesundheitsprüfungsprotokoll übersenden wir Ihnen dann entweder zusammen mit dem Versicherungsschein und den sonstigen Vertragsunterlagen oder daneben mit separater Post. Um den Vertrag auf der Basis Ihrer Angaben abzuschließen, müssen Sie das erhaltene Gesundheitsprüfungsprotokoll sorgfältig durchlesen und die dokumentierten Angaben auf Richtigkeit und Vollständigkeit überprüfen. Nur wenn Sie uns die Vollständigkeit und Richtigkeit der dokumentierten Angaben durch Rücksendung des von Ihnen unterschriebenen Gesundheitsprüfungsprotokolls bestätigen, kommt der Vertrag mit Zugang des Gesundheitsprüfungsprotokolls bei uns zu Stande. Das Gesundheitsprüfungsprotokoll ist innerhalb von zwei Wochen an uns zurückzusenden. Maßgeblich ist der Zeitpunkt des Zugangs bei uns. Unabhängig von

der Bezahlung des Erstbeitrages haben Sie bis zum Zugang des unterschriebenen Gesundheitsprüfungsprotokolls bei uns keinen Versicherungsschutz.

Wird der Inhalt des Gesundheitsprüfungsprotokolls - unabhängig vom Grund der Änderung, insbesondere durch Ergänzungen oder Streichungen - von Ihnen geändert oder erfolgt eine Rücksendung zu einem späteren Zeitpunkt, kommt der Vertrag auch bei Rücksendung des Gesundheitsprüfungsprotokolls nicht zu Stande, es sei denn, wir bestätigen Ihnen durch eine gesonderte schriftliche Mitteilung den Vertragsschluss auf Basis der Angaben im geänderten oder verspätet zurückgesandten Gesundheitsprüfungsprotokoll. Ohne unsere schriftliche Bestätigung haben Sie in diesen Fällen keinen Versicherungsschutz.

10.3

Was passiert, wenn Sie im Antragsformular oder im Gesundheitsprüfungsprotokoll falsche Angaben machen?

Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Bestätigen Sie uns falsche oder unvollständige Angaben, so verletzen Sie Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht und wir können vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegen.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen geschlossen hätten. Im Falle des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt erst nach Eintritt eines Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn der nicht angezeigte Umstand weder für den Eintritt noch für die Feststellung des Versicherungsfalles ursächlich war. Dies nachzuweisen, ist Ihre Verpflichtung. Wir sind allerdings von der Leistung frei, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrages zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

Kündigung

Können wir aufgrund der vorstehenden Regelungen nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag mit einer Frist von einem Monat kündigen, es sei denn, wir hätten den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen.

Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Werden Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Bitte beachten Sie, dass auch in diesem Fall Leistungsfreiheit durch rückwirkende Vertragsänderung eintreten kann.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten. Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

11.

Welche Verpflichtungen Sie nach Eintritt des Versicherungsfalles haben?

Sie haben uns unverzüglich Änderungen bezüglich der Feststellungen oder den Wegfall Ihrer Pflegebedürftigkeit anzuzeigen.

Sie haben sich zur Überprüfung eines festgestellten Versicherungsfalles einer angemessenen gesundheitlichen Untersuchung zu unterziehen. Dazu gehört, dass der medizinische Dienst in angemessenen Abständen das weitere Beste-



- hen der Pflegebedürftigkeit überprüft. Soweit der medizinische Dienst zu einer Überprüfung der Pflegebedürftigkeit aufgrund von Umständen, die Sie zu vertreten haben, nicht in der Lage sein sollte, sind Sie verpflichtet, die Überprüfung der Pflegebedürftigkeit durch einen von uns zu benennenden Arzt sicher zu stellen.
- Soweit es für die Beurteilung unserer Leistungspflicht erforderlich ist, kann es notwendig sein, dass Sie auf unser Verlangen die behandelnden Ärzte und die Angehörigen von Heilberufen, Ihre Krankenversicherung sowie Sozialversicherungsbehörden im erforderlichen Umfang widerruflich von deren Schweigepflicht, insbesondere hinsichtlich der Gesundheitsdaten befreien. Sollten Sie diese Obliegenheit nicht erfüllen, besteht die Gefahr, dass Sie eine Leistung erst nach Erfüllung der Obliegenheit erhalten.
- Nach der Feststellung des Versicherungsfalles sind Sie verpflichtet, uns auf Verlangen eine in der Bundesrepublik Deutschland amtlich anerkannte Lebensbescheinigung von Ihnen vorzulegen.
- Kosten für die Überprüfung des Fortbestehens des Versicherungsfalles und für die Beschaffung einer Lebensbescheinigung werden von uns erstattet. Soweit es einer Überprüfung im Ausland bedarf, erstatten wir nur die Kosten, die bei einer vergleichbaren Überprüfung in der Bundesrepublik Deutschland angefallen wären.
- 12. Was passiert, wenn Sie Ihren Verpflichtungen nicht nachkommen?**
Sollten Sie Ihren Verpflichtungen nach Eintritt des Versicherungsfalles vorsätzlich nicht nachkommen, sind wir berechtigt, unsere Leistung zurückzuhalten oder auszusetzen, bis Sie Ihren Verpflichtungen nachkommen. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung dieser Verpflichtungen können wir unsere Leistung entsprechend der Schwere Ihres Verschuldens kürzen.
- Wir werden aber dann leisten, soweit die Verletzung Ihrer Verpflichtung weder für den Eintritt oder die Feststellung des Leistungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich ist. Dies gilt nicht, wenn Sie die Verpflichtung arglistig verletzt haben.
- Wenn Sie in den vorgenannten Fällen Leistungen zu Unrecht erhalten haben, sind Sie verpflichtet, diese an uns zurückzuzahlen.
- 13. Wie wird Ihr Eintrittsalter berechnet?**
Die Höhe Ihres Beitrages wird durch Ihr Eintrittsalter bestimmt. Das Eintrittsalter entspricht der Anzahl der vollendeten Lebensjahre zum Zeitpunkt des gewünschten Versicherungsbegins.
- 14. Wann müssen Sie Ihre Versicherungsbeiträge bezahlen?**
Sie müssen Ihre Beiträge zahlen, sobald diese fällig sind. Nur wenn Sie den ersten Beitrag rechtzeitig und die Folgebeiträge pünktlich bezahlen, haben Sie Versicherungsschutz.
- 14.1 Erstbeitrag**
Der Erstbeitrag wird mit Zugang der Rechnung fällig, soweit nichts anderes mit Ihnen vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert wurde.
- Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein genannten Versicherungsbeginn, wenn die Zahlung des fälligen Erstbeitrags erfolgt ist. Sofern Sie jedoch den fälligen Erstbeitrag erst nach dem vereinbarten Versicherungsbeginn zahlen, sind wir zur Leistung nicht verpflichtet, es sei denn, Sie haben die Verzögerung nicht zu vertreten.
- Der Erstbeitrag gilt als bezahlt, wenn der entsprechende Betrag rechtzeitig bei uns eingegangen ist oder von Ihrem Konto eingezogen werden konnte und Sie der Einziehung nicht widersprechen. Als rechtzeitig gilt eine Zahlung, die unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von drei Tagen nach Erhalt der Zahlungsaufforderung erfolgt ist oder bei erteilter Einzugsermächtigung innerhalb von zwei Wochen nach Fälligkeit eingezogen werden konnte.
- 14.2 Folgebeitrag**
Die Folgebeiträge sind, soweit nicht eine andere Zahlungsweise vereinbart wurde, monatlich zum entsprechenden Tag des Monats, der der Zahl nach dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn entspricht, fällig.
- Soweit Sie am Lastschriftverfahren teilnehmen, haben Sie dafür Sorge zu tragen, dass unsere Einziehung des fälligen Beitrags von Ihrer Bank ausgeführt wird. Ist das nicht möglich, setzen wir ein vereinbartes Lastschriftverfahren für künftig fällige Beiträge aus und Sie sind verpflichtet, alle fälligen Beiträge an uns zu überweisen. Von der erteilten Einzugsermächtigung machen wir erst wieder Gebrauch, wenn Sie alle fälligen Beiträge an uns überwiesen haben und Ihr Beitragskonto wieder ausgeglichen ist.
- Im Falle eines erfolglosen Lastschriftverfahrens (Rücklastschrift) sind Sie zum Ausgleich der uns insoweit anfallenden Kosten verpflichtet. Wir erheben daher eine angemessene Gebühr in Höhe von 15 €, es sei denn, die Rücklastschrift oder die Kreditkartenrückabwicklung war von Ihnen nicht zu vertreten.
- 14.3 Vorausbeitrag**
Sie haben die Möglichkeit, den Beitrag für die PZV für einen mehrjährigen Beitragszeitraum in einer Summe im Voraus zu zahlen (Vorausbeitrag). Der Vorausbeitrag muss gesondert vereinbart werden. Im Übrigen gilt Nr. 14.1 entsprechend.
- 14.4 Ratenzahlungszuschläge**
Wir erheben unabhängig von der gewählten Zahlungsweise keine Ratenzahlungszuschläge. Sie haben die Möglichkeit, monatlich, viertel-, halb- oder jährlich zu zahlen.
- 15. Wann werden Sie von der Bezahlung der Versicherungsbeiträge befreit?**
Wir befreien Sie unter Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes auf Antrag von Ihrer Verpflichtung, die laufenden Versicherungsbeiträge für die PZV zu entrichten, wenn der Versicherungsfall eintritt oder Sie während der Laufzeit des Vertrages arbeitslos oder arbeitsunfähig werden. Die Beitragsbefreiung bezieht sich im Versicherungsfall nur auf künftig, fällig werdende Beiträge, nicht jedoch auf bereits gezahlte Beiträge, soweit nicht anderes mit Ihnen vereinbart wurde.
- 15.1 Was passiert bis zur Entscheidung über die Beitragsbefreiung und was nach dem Wegfall?**
Sofern Sie einen Antrag auf Beitragsbefreiung gestellt haben, sind Sie verpflichtet, die vereinbarten Versicherungsbeiträge bis zum Zeitpunkt unserer Entscheidung über Ihren Antrag weiter zu entrichten. Endet die Beitragsbefreiung, haben Sie die Beiträge wieder zu zahlen.
- 15.2 Wann liegt Arbeitslosigkeit vor?**
Arbeitslosigkeit liegt vor, wenn Sie als Arbeitnehmer aus einem unbefristeten, sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis, das mindestens sechs Monate ange dauert hat (kein Wehr- und Zivildienst, Ausbildungsverhältnis, Erziehungsurlaub oder Selbständigkeit) heraus unverschuldet arbeitslos werden und nicht mehr gegen Entgelt tätig sind. Auch Einkünfte aus einer geringfügigen Beschäftigung sind Entgelt im Sinne dieser Bedingungen, selbst wenn sie einem Anspruch auf Leistungen der Agentur für Arbeit nicht entgegenstehen. Die Arbeitslosigkeit endet mit Aufnahme einer selbständigen, freiberuflichen oder abhängigen Beschäftigung, auch wenn diese weniger als 15 Wochenstunden umfasst und kein oder nur ein geringfügiges Entgelt erzielt wird.
- 15.3 Wann liegt Arbeitsunfähigkeit vor?**
Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn Sie aufgrund eines Unfalls oder Krankheit ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben können, sie auch nicht ausüben und auch keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgehen.
- 15.4 Unter welchen Voraussetzungen besteht ein Anspruch auf Beitragsbefreiung?**
Voraussetzung für einen Anspruch auf Beitragsbefreiung ist, dass
- der Versicherungsfall eingetreten ist oder Sie während der Laufzeit des Vertrages arbeitslos oder arbeitsunfähig geworden sind,
- Sie einen Antrag auf Beitragsbefreiung bei uns gestellt haben,
- Sie mit uns einen wirksamen, unwiderrufenen Versicherungsvertrag mit integrierter Beitragsbefreiung bei Eintritt des Versicherungsfalles, einer Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit abgeschlossen haben,
- Sie bei Eintritt des Versicherungsfalles oder der Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit Versicherungsschutz haben,
- die Wartezeit und Karenzzeit abgelaufen sind und der Maximalzeitraum nicht ausgeschöpft wurde und
- Sie Ihre Arbeitslosigkeit und den Bezug von Arbeitslosengeld durch Vorlage einer Bescheinigung der Agentur für Arbeit und des letzten Arbeitgebers sowie des Arbeitsvertrages und des Kündigungsschreibens oder
- Sie Ihre Arbeitsunfähigkeit durch ein ärztliches Attest und eine Bescheinigung der Krankenversicherung über den Erhalt von Krankengeld nachweisen.
- 15.5 Wann ist ein Anspruch auf Beitragsbefreiung trotz Arbeitslosigkeit ausgeschlossen?**
Ein Anspruch auf Beitragsbefreiung wegen Arbeitslosigkeit besteht nicht,
- wenn diese bereits bei Abschluss des Versicherungsvertrages besteht oder innerhalb von sechs Monaten nach Beginn des Versicherungsschutzes eintritt; dann ist die Beitragsbefreiung für die gesamte Dauer dieser Arbeitslosigkeit ausgeschlossen (Wartezeit),
- während der ersten drei Monate einer Arbeitslosigkeit (Karenzzeit),
- wenn Sie bei Abschluss der PZV bereits Kenntnis von dem drohenden Eintritt der Arbeitslosigkeit hatten und diese innerhalb von 12 Monaten seit Vertragsabschluss auch eingetreten ist (Bösgläubigkeit),
- wenn das Arbeitsverhältnis befristet war,
- wenn Sie die Beendigung Ihres Beschäftigungsverhältnisses selbst veranlasst haben oder Ihnen fristlos gekündigt wurde,
- wenn bei Beginn des Versicherungsschutzes bereits ein gerichtliches Verfahren im Zusammenhang mit der Beendigung des Arbeitsverhältnisses bestand,
- wenn das Beschäftigungsverhältnis bei einem Ehegatten oder einem in direkter Linie Verwandten besteht, bzw. bei einem Unternehmen, das von Ihrem



Ehegatten oder von einem in direkter Linie mit Ihnen Verwandten alleine oder zusammen mit Ihnen beherrscht wird,
- wenn Sie Leistungen aus einer Rentenversicherung oder einer Berufsunfähigkeitsrente beziehen oder wenn Sie das Renteneintrittsalter erreicht haben,
- wenn die Arbeitslosigkeit unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse oder innere Unruhen verursacht wurde.
Soweit die Beitragsbefreiung aus den vorstehend genannten Gründen ausgeschlossen ist, hat dies keine Auswirkungen auf den Beitrag der PZV.

15.6 Wann ist ein Anspruch auf Beitragsbefreiung trotz Arbeitsunfähigkeit ausgeschlossen?

Ein Anspruch auf Beitragsbefreiung wegen Arbeitsunfähigkeit besteht nicht,
- wenn diese bereits bei Abschluss des Versicherungsvertrages besteht oder innerhalb von sechs Monaten nach Beginn des Versicherungsschutzes eintritt (Wartezeit); dann ist die Beitragsbefreiung für die gesamte Dauer dieser Arbeitsunfähigkeit ausgeschlossen,
- während der ersten drei Monate einer Arbeitsunfähigkeit (Karenzzeit),
- wenn Sie bei Abschluss der PZV bereits Kenntnis von dem drohenden Eintritt der Arbeitsunfähigkeit hatten und diese innerhalb von 12 Monaten seit Vertragsabschluss auch eingetreten ist (Bösgläubigkeit),
- wenn diese durch eine Sucht, Einnahme von Drogen, Medikamentenmissbrauch, Alkoholismus oder durch eine durch Trunkenheit bedingte Bewusstseinsstörung verursacht wurde; Trunkenheit wird unwiderlegbar vermutet, wenn der Blutalkoholgehalt zum Zeitpunkt der Verursachung der Arbeitsunfähigkeit mindestens 1,2 Promille betragen hat,
- wenn diese Folge einer Schwangerschaft ist, soweit für diese Zeit Lohnfortzahlung oder Ansprüche aus dem gesetzlichen Mutterschutz oder Elternzeit bestehen,
- wenn diese durch psychische Erkrankungen (z. B. Depressionen, psychosomatische Störungen) verursacht worden ist, es sei denn, sie sind von einem Facharzt für psychische Erkrankungen diagnostiziert und werden von einem solchen behandelt,
- wenn diese durch Erkrankungen des Bewegungsapparates einschließlich des Skelettes verursacht worden ist, es sei denn, sie sind von einem Facharzt für orthopädische Erkrankungen diagnostiziert und werden von einem solchen behandelt,
- wenn diese durch Unfälle bei der Benutzung von Luftfahrzeugen eingetreten sind,
- wenn diese durch Unfälle verursacht sind, die Ihnen dadurch zustoßen, dass Sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligen, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt oder
- wenn diese mittelbar oder unmittelbar durch Kriegsereignisse oder innere Unruhen, Kernenergie, ionisierende Strahlen oder Asbest ausgelöst wurde. Soweit die Beitragsbefreiung aus den vorstehend genannten Gründen ausgeschlossen ist, hat dies keine Auswirkungen auf den Beitrag der PZV.

15.7 Wie lange dauert die Beitragsbefreiung und was passiert danach?
Ein Anspruch auf Beitragsbefreiung wegen Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit besteht jeweils für die tatsächliche Dauer der Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit, längstens jedoch für insgesamt 12 Monate innerhalb eines Zeitraumes von drei Jahren (Maximalzeitraum). Der Maximalzeitraum beginnt jeweils mit der erstmaligen Befreiung wegen Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit. Nach Beendigung des Versicherungsfalles oder dem Wegfall der Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit bzw. nach Ablauf des maximalen Zeitraums, wird der Vertrag beitragspflichtig fortgeführt.

16. **Wie lange läuft der Vertrag über die PZV und wann endet er?**
Der Vertrag über eine PZV wird, soweit nichts anderes mit Ihnen vereinbart wurde oder soweit nachstehend nichts anderes gilt, auf unbestimmte Zeit geschlossen. Als Versicherungsperiode gilt in diesem Fall ein Monat.

Bei einem auf unbestimmte Zeit geschlossenen Vertrag haben Sie das Recht, den Vertrag täglich zu kündigen. Machen Sie davon Gebrauch, verlieren Sie Ihren Versicherungsschutz. Wenn Sie sich wieder versichern lassen wollen, ist eine erneute Gesundheitsprüfung notwendig und der neue Versicherungsbeitrag errechnet sich nach dem dann maßgeblichen Eintrittsalter. Für die Kündigung ist der von Ihnen angegebene Zeitpunkt, frühestens der Zugang Ihrer Kündigungserklärung bei uns maßgeblich.

Haben Sie mit uns einen Vorausbeitrag gemäß Nr. 14.3 dieser Bedingungen vereinbart, wird der Vertrag zunächst für die Dauer von drei Jahren geschlossen und er verlängert sich danach für die Dauer des vereinbarten Beitragszeitraumes um jeweils ein weiteres Jahr, sofern er nicht unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum Schluss eines Jahres gekündigt wird. Die Kündigung ist erstmals zum Schluss des dritten Jahres möglich. Nach Ablauf des vereinbarten Beitragszeitraumes können Sie den Vertrag wieder täglich kündigen, sofern nicht erneut ein Vorausbeitrag für einen weiteren mehrjährigen Beitragszeitraum vereinbart wurde. In diesem Fall bleibt es für die Dauer des vereinbarten Beitragszeitraumes bei dem Kündigungsrecht zum Schluss eines Jahres.

Wir verzichten Ihnen gegenüber auf unser Recht, den Vertrag ordentlich zu kündigen. Unser Recht, den Vertrag außerordentlich u. a. wegen falscher Angaben bei Vertragsschluss oder wegen Zahlungsverzuges zu kündigen, bleibt hiervon unberührt.

Der Vertrag endet, ohne dass es einer Kündigung bedarf, mit dem Tod der versicherten Person. Sind Versicherungsnehmer und versicherte Person nicht identisch, geht der Versicherungsvertrag mit dem Tod des Versicherungsnehmers auf die versicherte Person über. Ist die versicherte Person zum Zeitpunkt des Todes des Versicherungsnehmers noch minderjährig geht die Versicherung auf die versicherte Person nur über, wenn sie auch Erbe des Versicherungsnehmers ist. Ist die minderjährige, versicherte Person nicht Erbe des Versicherungsnehmers, geht der Versicherungsvertrag auf die Erben des Versicherungsnehmers über.

17. **Wann werden der Versicherungsschutz oder die Beiträge erhöht?**
Es bestehen drei Möglichkeiten, die die Leistung oder den Beitrag Ihrer PZV verändern:

Mit der Nachversicherungsgarantie haben Sie die Möglichkeit, das vereinbarte Pflegegeld ohne Gesundheitsprüfung zu erhöhen, wenn die dort genannten Personen aus Ihrem familiären Umfeld sterben oder Sie sich scheiden lassen, weil sich damit der Kreis möglicher Pflegepersonen verkleinert. Das Ausüben der Nachversicherungsgarantie hat eine Erhöhung der Leistungen der PZV und des Beitrages in dem von Ihnen gewünschten Umfang zur Folge.

Mit der Leistungsdynamik können Sie der Inflation oder dem gestiegenen Lebensstandard durch eine Erhöhung von Leistungen und Beitrag der PZV Rechnung tragen.

Bei der Beitragsanpassung erhöhen wir den Beitrag, ohne die Leistung anzupassen, um einer nicht kalkulierten Veränderung der Pflegefall- und Mortalitätswahrscheinlichkeiten Rechnung tragen zu können.

17.1 **Nachversicherungsgarantie**
Im Rahmen der Nachversicherungsgarantie haben Sie die Möglichkeit, das versicherte Pflegegeld innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt eines der nachstehenden Ereignisse in der höchsten bei uns versicherten Pflegestufe einmalig ohne Gesundheitsprüfung um maximal 30%, aufgerundet auf volle Euro, zu erhöhen. Die niedrigeren bei uns versicherten Pflegestufen werden im Verhältnis anteilig erhöht.

Sie können von Ihrer Nachversicherungsgarantie dann Gebrauch machen, wenn
- eines Ihrer leiblichen oder adoptierten Kinder verstirbt;
- Ihr Ehepartner verstirbt;
- Sie sich scheiden lassen.

17.2 **Leistungsdynamik**
Im Rahmen der Leistungsdynamik erhöhen wir das vereinbarte Pflegegeld alle drei Jahre in der höchsten bei uns versicherten Pflegestufe um 5%, aufgerundet auf volle Euro. Die niedrigeren bei uns versicherten Pflegestufen werden im Verhältnis anteilig erhöht.

Voraussetzung für eine Teilnahme an der Leistungsdynamik ist, dass
- Sie ihr nicht widersprechen,
- Sie das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, es sei denn, Sie haben zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Leistungsdynamik drei ununterbrochene Erhöhungen im Rahmen der Leistungsdynamik mitgemacht.

Wollen Sie an einer Beitragserhöhung im Rahmen der Leistungsdynamik aus persönlichen oder wirtschaftlichen Gründen nicht teilnehmen, haben Sie die Möglichkeit, diese auszusetzen. Setzen Sie jedoch zweimal nacheinander bei der Erhöhung aus, behalten wir uns bei der Wiederaufnahme der Leistungsdynamik eine Gesundheitsprüfung vor.

17.3 **Weitere Bestimmungen zur Nachversicherungsgarantie und der Leistungsdynamik**
Die Nachversicherungsgarantie und die Leistungsdynamik können maximal bis zur Verdopplung der erstmalig vereinbarten Pflegegelder in Anspruch genommen werden. Die Inanspruchnahme der Nachversicherungsgarantie und der Leistungsdynamik ist ausgeschlossen, wenn Sie einen Leistungsanspruch gegenüber Ihrer gesetzlichen Pflegepflichtversicherung haben, unabhängig davon, ob diese Pflegestufe bei uns versichert ist.

Mit der Inanspruchnahme der Nachversicherungsgarantie und der Leistungsdynamik wird Ihr Beitrag neu ermittelt. Dabei wird Ihr bisheriger Beitrag lediglich um den zusätzlichen Beitrag für den durch die Nachversicherungsgarantie und der Leistungsdynamik erhöhten Anteil am versicherten Pflegegeld erhöht. Dieser zusätzliche Beitrag wird auf Grundlage Ihres zum Änderungszeitpunkt erreichten Alters ermittelt. Der neue Beitrag wird zu Beginn des Monats wirksam, der dem Änderungszeitpunkt folgt.



- 17.4 Beitragsanpassung
Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. aufgrund von Veränderungen der Pflegekosten, der Pflege-dauern, der Häufigkeit von Pflegefällen oder aufgrund steigender Lebenser-wartung ändern.
- Wir vergleichen dementsprechend zumindest jährlich die tatsächlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungs-leistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Weichen diese Werte für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs um mehr als 10 % jeweils voneinander ab, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders - ohne eine Veränderung der Versicherungsleistung - angepasst, wenn nach übereinstim-mender Beurteilung durch uns und des Treuhänders die Abweichung nicht als nur vorübergehend anzusehen ist. Die Beitragsanpassung gilt auch für den Fall, dass Sie mit uns einen Vorausbeitrag gemäß Nr. 14.3 dieser Bedingungen vereinbart haben.
- Sollten die unternehmenseigenen Rechnungsgrundlagen für die Beobachtung nicht ausreichen, wird dem Vergleich gemäß die Gemeinschaftsstatistik des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. zur Pflegepflichtversiche-rung zu Grunde gelegt.
- Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und evtl. vereinbarter Risikozuschläge werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung an Sie folgt. Haben Sie mit uns einen Vorausbei-trag gemäß Nr. 14.3 dieser Bedingungen vereinbart, werden Beitragsanpas-sungen für den restlichen vereinbarten Beitragszeitraum berechnet und für diesen Zeitraum insgesamt im Voraus fällig oder – sofern der Beitrag gesenkt wird - von uns erstattet.
18. **Wann können Sie Tarife wechseln?**
Sie haben jederzeit die Möglichkeit, zwischen den von uns angebotenen Tari-fen zu wechseln. Wollen Sie in einen Tarif wechseln, der insgesamt oder bezo-gen auf eine Teilleistung eine Erweiterung des Versicherungsumfanges oder eine Erhöhung der Leistung zur Folge hat, ist der Tarifwechsel jedoch nur nach einer erneuten Gesundheitsprüfung möglich.
- 18.1 Wechsel zwischen Tarifen bei Änderung der gesetzlichen Definitionen oder Vorschriften
Wir orientieren uns an den gesetzlichen Vorschriften zur Definition eines Pfl-egefalls und zur Feststellung der Einschränkung der Alltagskompetenz. Sollten sich die gesetzlichen Vorschriften, insbesondere der gesetzliche Pflegebegriff oder die Kriterien zur Feststellung der Einschränkung der Alltagskompetenz, ändern und bieten wir deshalb neue, darauf abgestellte Tarife der PZV an, so haben Sie das Recht, ohne erneute Gesundheitsprüfung in einen solchen neu-en Tarif zu wechseln, sofern die versicherten Leistungen in ihrer Höhe gleich bleiben. In anderen Fällen behalten wir uns eine erneute Gesundheitsprüfung vor.
19. **Was ist für Sie sonst noch wichtig?**
Nachfolgende Erläuterungen sind noch einmal wichtig:
- 19.1 Datenspeicherung
Bei Vertragsschluss und während der Vertragslaufzeit erheben, speichern und nutzen wir die für Ihren Versicherungsvertrag notwendigen personenbe-zogenen Daten nur, soweit dies für die Abwicklung des Vertrages - insbeson-dere für die Antrags- und Leistungsbearbeitung - erforderlich ist. Das umfasst Ihre Angaben bei Vertragsschluss einschließlich Ihrer Angaben zu Ihrem Ge-sundheitszustand (Antragsdaten einschließlich Gesundheitsdaten), versiche-rungstechnische Daten - wie Versicherungsnummer, Versicherungssumme, Versicherungsdauer, Beitrag und Bankverbindung (Vertragsdaten) sowie im Versicherungsfall Angaben zum Schaden oder Angaben Dritter zum Scha-densfall (Leistungsdaten).
- 19.2 Datenweitergabe
Um Ihnen einen umfassenden und kostengünstigen Versicherungsschutz bieten zu können, haben wir das Erbringen bestimmter Versicherungsdienst-leistungen, wie die Vertragsverwaltung oder Leistungsabwicklung, auf zwar rechtlich selbständige, aber im Sinne des § 15 Aktiengesetz mit uns verbun-dene Unternehmen verteilt. Aus diesem Grund werden Ihre Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten bei uns zentral gespeichert und den mit uns verbundenen Unternehmen zur Erbringung der genannten Versicherungsdienstleistungen zur Verfügung gestellt.
- Wir sind berechtigt, Ihre Angaben gegebenenfalls durch Rückfragen bei Ihrer Krankenversicherung, Ihrem Vorversicherer oder bei Ihrem Mitversicherer zu überprüfen. Wir sind weiterhin berechtigt, Antrags-, Vertrags- und Leistungs-daten unserem Rückversicherer oder unserem Vertragspartner zur Risiko-kalkulation zur Verfügung zu stellen, soweit dies dort zur Risikobeurteilung, Beitragskalkulation oder Schadenregulierung erforderlich ist.
- Soweit wir mit Rückversicherern, Schadenabwicklungsunternehmen oder sonstigen Kooperationspartnern zusammenarbeiten, stellen wir durch eine Anonymisierung Ihrer Daten und durch entsprechende Datenschutzabkom-men sicher, dass eine Verarbeitung und Nutzung der Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten nur intern und im Rahmen der Zweckbestimmung des Versi-cherungsvertrages und nicht zu anderen Zwecken erfolgt.
- 19.3 Elektronische Archivierung
Wir können den gesamten Schriftverkehr, insbesondere auch Ihre an uns ge-richteten Schreiben mit einem allgemein anerkannten System elektronisch archivieren. Sie sind damit einverstanden, dass wir Originale nach dem Ein-scannen und Speichern vernichten.
- 19.4 Anpassung der Versicherungsbedingungen
Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Ver-hältnisse des Gesundheitswesens können die Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung Ihrer Belange erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Än-derungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Än-derungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an Sie folgt.
- Ist eine Bestimmung in den Versicherungsbedingungen durch höchstrichter-liche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, können wir diese durch eine neue Regelung er-setzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzu-mutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels unsere Belange angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeb-lichen Gründe Ihnen mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.
- 19.5 Verjährung
Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Frist beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und Sie von den Anspruch begründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt haben oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen mussten.
- 19.6 Geltendes Recht
Für alle Versicherungsverträge, denen diese Bedingungen zu Grunde liegen, gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.